

Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas (FACE)

Departamento de Gestão de Políticas Públicas (GPP)

Gabriella Martins de Assunção Leite

A implementação do Ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de Insulina no Hospital Regional de Taguatinga

Brasília – DF

2017

Gabriella Martins de Assunção Leite

A implementação do Ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de Insulina no Hospital Regional de Taguatinga

Monografia apresentada ao Departamento de Gestão de Políticas Públicas como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Professora Orientadora: Suylan de Almeida Midlej e Silva

Mi Martins de Assunção Leite, Gabriella
A implementação do Ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de Insulina no Hospital Regional de Taguatinga / Gabriella Martins de Assunção Leite; orientador Suylan de Almeida Midlej e Silva. -- Brasília, 2017.
51 p.

Monografia (Graduação - Gestão de Políticas Públicas) -- Universidade de Brasília, 2017.

1. Avaliação de Políticas Públicas. 2. Saúde Pública. 3. SUS. 4. Diabetes. I. de Almeida Midlej e Silva, Suylan, orient. II. Título.

Gabriella Martins de Assunção Leite

**A implementação do Ambulatório do Sistema de Infusão
Contínuo de Insulina no Hospital Regional de Taguatinga**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de
Conclusão do Curso de Administração da Universidade de Brasília do
(a) aluno (a)

Gabriella Martins de Assunção Leite

Doutora, Suylan de Almeida Midlej e Silva
Professora-Orientadora

Doutora, Fernanda Natasha Bravo Cruz
Professora-Examinadora

Doutor, Franco de Matos
Professor-Examinador

Brasília, 28 de junho de 2017

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos os profissionais do Ambulatório de Infusão Contínuo de Insulina, por seu comprometimento e compreensão com os portadores de diabetes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado a vida e a oportunidade de ingressar e finalizar esse curso. Nada seria possível sem a ajuda Dele. Agradeço minha mãe, meu pai, meus sogros, meu marido, meu grupo de amigos e todos aqueles que estiveram ao meu lado. Esse trabalho requereu bastante esforço, porém, todo esse esforço não seria possível sem a ajuda de vocês.

"Concede-me e SENHOR a serenidade necessária para aceitar as coisas que eu não posso modificar, coragem para modificar as que eu posso e sabedoria para distinguir uma da outra. Vivendo um dia de cada vez, desfrutando um momento de cada vez, aceitando as dificuldades como um caminho para alcançar a paz. Considerando como tu, este mundo pecador como ele é, e não como o eu gostaria que fosse. Confiando que endireitarás todas as coisas se eu me render à Tua vontade, para que eu possa ser moderadamente feliz nesta vida e sumamente feliz contigo na eternidade".

Reinhold Niebuhr In: Oração da Serenidade

RESUMO

A diabetes é uma doença crônica, causada pela desordem metabólica, que afeta um grande número de pessoas no mundo. Os tratamentos mais avançados levam à melhoria da qualidade de vida do portador da doença, um deles é o Sistema de Infusão Contínuo de Insulina (SICI), que permite ao diabético mais autonomia. O Estado oferece esse tipo de tratamento apenas aos portadores quando os mesmos o requerem judicialmente. Porém, em face ao grande número de processos judiciais, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal criou um programa para que os portadores de diabetes pudessem ter acesso ao Sistema de Infusão Contínuo de Insulina, mais precisamente, no Hospital Regional de Taguatinga, porém, por ser um tratamento oneroso ao Governo do Distrito Federal, requisitos necessários devem ser preenchidos para a obtenção do tratamento. O objetivo desse trabalho foi analisar de que forma o SICI foi implementado e como trouxe mais qualidade de vida aos portadores de diabetes. O embasamento teórico da pesquisa aborda as políticas públicas de saúde, sua implementação e judicialização. Como metodologia, foram utilizadas pesquisas bibliográficas e documentais e entrevistas individuais semiestruturadas. A pesquisa apresentou como principais resultados um aumento na qualidade de vida do portador de diabetes, em razão do tratamento, e uma melhor gestão dos recursos governamentais.

Palavras-chave: Avaliação de Políticas Públicas. Saúde Pública. SUS. Diabetes.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SICI – Sistema de Infusão Contínuo de Insulina

HRT – Hospital Regional de Taguatinga

DM1 – Diabetes Mellitus Tipo 1

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SUS – Sistema Único de Saúde

GDF – Governo do Distrito Federal

SES – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

CCD – Coordenação Central de Diabetes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Contextualização e formulação do problema	13
1.2	Objetivo Geral	15
1.3	Objetivos Específicos	15
1.4	Justificativa.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	Políticas Públicas de saúde	17
2.2	Implementação de políticas públicas de saúde	22
3	MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	27
3.1	Tipo e descrição da pesquisa.....	27
3.2	Caracterização do órgão estudado	28
3.3	População e amostra ou Participantes da pesquisa.....	29
3.4	Caracterização e descrição dos instrumentos de pesquisa	30
3.5	Procedimentos de coleta e de análise de dados	31
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1	Caracterização do Ambulatório de SICI	33
4.2	Implementação do Ambulatório.....	35
4.3	Tratamento de qualidade com alta tecnologia.....	38
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS.....	44
	APÊNDICES	48
	Apêndice A – Questionário aplicado aos entrevistados	48
	ANEXOS	49
	Anexo A – RESULTADOS DO ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE CONTROLE DO DIABETES	49
	Anexo B – CUSTO DE UM PACIENTE COM DIABETES CONTROLADO E FORA DO CONTROLE ALVO.....	50

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve suas bases definidas a partir da necessidade de instituir políticas públicas para promover um sistema universal de saúde, seguindo os seguintes princípios, de acordo com o artigo 7º da Lei nº 8.080 de 1990: universalidade, equidade, integralidade, sendo o princípio da integralidade aquele que busca considerar a pessoa como um todo, devendo as ações da saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Dessa forma, a Lei Federal nº 11.347/2006 dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais, pelo SUS, necessários à aplicação e monitoração da glicemia aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos:

Art. 1º Os portadores de diabetes receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde - SUS, os medicamentos necessários para o tratamento de sua condição e os materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar.

§ 1º O Poder Executivo, por meio do Ministério da Saúde, selecionará os medicamentos e materiais de que trata o caput, com vistas a orientar sua aquisição pelos gestores do SUS.

A portaria nº 2.583/2007 define quais são os medicamentos e insumos disponibilizados pela lei Federal nº 11.347/2006, que seriam no caso:

[...] I - MEDICAMENTOS:

- a) glibenclamida 5 mg comprimido;
- b) cloridrato de metformina 500 mg e 850 mg comprimido;
- c) glicazida 80 mg comprimido;
- d) insulina humana NPH - suspensão injetável 100 UI/mL; e
- e) insulina humana regular - suspensão injetável 100 UI/mL.

II - INSUMOS:

- a) seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina;
- b) tiras reagentes de medida de glicemia capilar; e
- c) lancetas para punção digital. [...]

Os medicamentos disponibilizados pelos SUS são os mais básicos no quesito tratamento para Diabetes e não envolve o Sistema de Infusão Contínuo de Insulina (SICI), também conhecido como Bomba de Insulina.

Em 1988, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, antiga Fundação Hospitalar, esboçou uma proposta que descentralizasse a assistência ao portador de diabetes, visando a reorganização do atendimento ao diabético. Dessa forma, em 1989, após o Censo Nacional de Diabetes, foi criado o Programa de Educação e Controle do Diabetes, que buscava atuar em todo o ciclo da vida do portador. Dessa forma, foram implantados vários ambulatórios dentro do programa, visando um melhor controle do diabetes, para que os sintomas a longo prazo fossem minimizados, de acordo com o disposto pela Coordenação Central de Diabetes. (BRANDÃO, 2016)

Em 2008 foi instituído o Ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de Insulina, na Unidade de Endocrinologia do Hospital Regional de Taguatinga com base em protocolos clínicos que são atualizados a cada dois anos. Em 2014 foi publicado no Diário Oficial do Distrito Federal o protocolo que regulamenta, por meio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, a distribuição dos insumos, das insulinas análogas e do sistema de infusão contínuo de insulina.

A diferença no tratamento da doença com esse dispositivo consiste na forma em que ele ocorre, uma vez que, é uma forma fisiológica, ajustável e personalizada de controlar a glicose no sangue e tudo isso com mais liberdade ao diabético. Dessa forma, é possível realizar suas tarefas diárias principais e secundárias sem a preocupação com os horários das injeções ou com alimentação especial, proporcionando uma vida independente (MEDTRONIC, 2017) .

A fim de conseguir um tratamento que apresenta melhores resultados, os portadores de diabetes e/ou seus responsáveis, começaram a exigir judicialmente que a Secretaria de Saúde do Distrito Federal arcasse com o tratamento com bomba de insulina, uma vez que o tratamento disponibilizado pelo SUS nem sempre funciona com todos os indivíduos (MIRANDA, 2013). Baseados no Art. 6º da Constituição, onde estão dispostos os direitos sociais, entre eles a saúde, juntamente com a Lei nº 11.347/2006, que dispõe acerca da distribuição gratuita dos remédios para tratar e controlar o diabetes, os portadores conseguiam o deferimento e conseguiam o tratamento com Sistema de Infusão Contínuo de Insulina arcado pelo Governo do Distrito Federal.

Porém, nem sempre esse tratamento era o adequado para o portador da doença. E por ser um tratamento oneroso, o Governo do Distrito Federal precisava de um mecanismo para avaliar quem eram os portadores que realmente se beneficiariam do sistema. Dessa forma, o médico Leonardo Garcia, juntamente com seus colegas, desenhou um protocolo onde apenas os portadores de diabetes que respondessem de forma satisfatória teriam acesso ao tratamento com o Sistema de Infusão Contínuo de Insulina, dando início a criação do Ambulatório de Sistema de Infusão Contínua de Insulina (MIRANDA, 2013).

O Ambulatório do Sistema de Infusão Contínua de Insulina funciona no Hospital Regional de Taguatinga e é o único do Distrito Federal. Conforme algumas pesquisas, esse tipo de tratamento tem apresentado resultados e impactos positivos na vida de seus usuários (MIRANDA, 2013)

1.1 Contextualização e formulação do problema

O Sistema de Infusão Contínua de Insulina é um pequeno aparelho que libera insulina em pequenas quantidades de ação rápida ou ultrarrápida 24 horas por dia. Essas pequenas quantidades de insulina somam-se e formam a insulina basal e “simulam” a insulina produzida pelo pâncreas. O aparelho possui um cateter que é inserido sob a pele. O kit de infusão necessita ser substituído de forma periódica, a cada três dias em média, e cada kit dura em torno de um mês. O tratamento feito com SICI melhora o controle glicêmico e reduz os quadros de agravo da doença em seus portadores (MIRANDA, 2013).

Uma quantidade significativa de portadores de diabetes começou a mover ações judiciais contra a União e contra o Governo do Distrito Federal solicitando que o Estado financiasse o tratamento com o Sistema de Infusão Contínua de Insulina, uma vez que os medicamentos disponibilizados pelo SUS nem sempre apresentavam resultados favoráveis no tratamento da doença. No entanto, nem todos que entravam na justiça eram pacientes recomendados para esse tipo de tratamento. Dessa forma, alguns médicos apresentaram ao GDF a proposta para que esse tratamento fosse acessível apenas para quem tivesse uma real necessidade.

Sendo assim, em 2008, “a Coordenação Central de Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal desponta, nacionalmente, como pioneira em disponibilizar o Sistema de Infusão Contínuo de Insulina aos usuários de forma protocolada e seguindo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes” (MIRANDA, 2013, p. 5)

A Coordenação Central de Diabetes (CCD), antigo Programa de Educação e Controle do Diabetes, acompanha em todos os níveis o atendimento a portadores de diabetes, participando ainda do processo de obtenção e repartição de medicamentos e pratica educação continuada em atenção à saúde do paciente com diabetes e para todos os membros da equipe que compõe a Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

O Ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo, que atua dentro da CCD, é um marco na história do SUS, pois dispõe de um tratamento avançado e oneroso de forma gratuita. Dessa forma, as políticas adotadas e os cuidados assistenciais não se restringiram a parte básica, mas atuam também nos níveis de atenção em média e alta complexidade.

O protocolo clínico montado no HRT dá acesso a todos os interessados ao SICI por meio do SUS, desde que cumpram as exigências necessárias. Dessa forma, o médico e o médico auxiliar avaliam o paciente, que deve ser cadastrado na CCD, e o indicam para testar o tratamento e assim descobrir se ele é adequado ou não ao paciente. Assim, após quatro meses de teste (um mês concedido pelo representante do aparelho e outros três pelo GDF), o paciente pode ter seu tratamento com o SICI de forma definitiva, desde que mantenha o acompanhamento no HRT.

Diante de todo o empenho do Estado com a criação de uma estrutura de atendimento para portadores de diabetes desse tamanho, seria importante problematizar se a implementação do Ambulatório de Sistema de Infusão Contínuo de Insulina no Hospital Regional de Taguatinga está garantindo um tratamento de mais qualidade aos portadores de diabetes por meio dos equipamentos de alta tecnologia.

1.2 Objetivo Geral

Investigar como tem ocorrido a implementação do Ambulatório de Sistema de Infusão Contínuo de Insulina no Hospital Regional de Taguatinga visando a garantia de um tratamento de qualidade por meio de alta tecnologia para os portadores de diabetes.

1.3 Objetivos Específicos

1. Caracterizar o contexto que gerou a implementação do SICI no HRT
2. Descrever as ações de implementação do SICI, indicando o acesso dos portadores de diabetes ao Sistema e sua manutenção.
3. Averiguar se as ações de implementação do SICI têm garantido, de fato, um tratamento de qualidade por meio de alta tecnologia para os portadores de diabetes.

1.4 Justificativa

Com o objetivo de sanar o grande número de ações judiciais movidas junto à Secretaria de Saúde do Distrito Federal e atender às demandas relativas aos portadores de diabetes, foi criado o Ambulatório de Sistema de Infusão Contínuo de Insulina – SICI, que funciona no Hospital Regional de Taguatinga. Por se tratar de um programa recente, existem poucos trabalhos tratando acerca do mesmo, fazendo com que o assunto se torne ainda mais instigante.

O tratamento com o Sistema de Infusão Contínuo de Insulina é oferecido em todo o mundo, porém, os portadores da doença pagam pelo serviço e por sua manutenção. A Secretaria de Saúde do Distrito Federal por meio do Sistema Único de Saúde, atuando no Hospital Regional de Taguatinga, é a única que dispõe de um

protocolo para acesso à um tratamento avançado e oneroso, de forma gratuita no Brasil

Este trabalho busca investigar a implementação do programa. Pelo fato de o Ambulatório do SICI ser recente, não se pretende investigar se suas metas foram cumpridas ou não, mas como as ações de implementação foram organizadas e colocadas em prática e se elas têm garantido um tratamento de alta tecnologia aos portadores de diabetes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo aborda alguns conceitos relacionados à temática da pesquisa. O primeiro subcapítulo discute o conceito de políticas públicas, com foco nas políticas de saúde, trazendo informações sobre sua história, perspectiva e princípios constitucionais relacionados ao direito à saúde. O segundo subcapítulo trata sobre a implementação das políticas públicas de saúde, os impasses enfrentados pelo SUS e a judicialização da saúde pública.

2.1 Políticas Públicas de saúde

Políticas públicas se referem a um fluxo de decisões políticas, com o intuito de manter o equilíbrio social ou de introduzir desequilíbrios destinados a modificar a realidade (SARAVIA, 2006).

De acordo com Saravia (2011, p.93) políticas públicas podem ser definidas como:

Um sistema de decisões públicas que visa ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação ou de alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos.

Segundo Parada (2006), as políticas públicas equivalem a soluções específicas com o propósito de administrar a coisa pública e, dessa forma, os governos atuam como instrumentos que proporcionam a formulação e implementação dessas políticas. Neste estudo observa-se que a implementação se dá pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Parada (2006) afirma ainda que uma política de excelência equivale aos cursos de ações e fluxos de informações que interagem com um objetivo político definido democraticamente. Uma política pública eficiente deve conter orientações e conteúdo, instrumentos/mecanismos, definições/mudanças institucionais, e previsões de resultados.

Rua (1998) enfatiza que uma política pública normalmente envolve mais do que uma decisão e exige diversas ações, que são estrategicamente selecionadas, para que ocorra assim a implementação das decisões tomadas. As políticas públicas devem representar algum tipo de redução ou restrição dos problemas, característica derivada de seu caráter operacional.

O processamento, pelo sistema político, dos *inputs* – aqueles que são provenientes do ambiente – e de *withinputs* – demandas e apoio originados do interior do próprio sistema político resultam em políticas públicas. (RUA, 1998)

No caso das políticas públicas em saúde no Brasil, é preciso observar que estas são orientadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que constitucionalmente, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, que é garantido por meio de políticas sociais e econômicas que buscam a diminuição do risco de doenças e de seus agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Assim, O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde que são prestados por órgãos e instituições públicas federais.

Segundo Lucchese (2004), as políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado e dessa forma buscam a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes naturais, sociais e do trabalho. A tarefa específica dessas políticas, em relação às outras políticas públicas da área social, traduz-se na organização das funções públicas governamentais que visam a promoção, proteção e recuperação de saúde nos níveis individuais e coletivos.

De acordo com Nelson Rodrigues (2009, p. 2011), presidente do Instituto de Direito Sanitário Aplicado, o Sistema Único de Saúde representa:

O maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas: 110 milhões de pessoas atendidas por agentes comunitários de saúde em 95% dos municípios e 87 milhões atendidos por 27 mil equipes de saúde de família. Em 2007: 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13,4 milhões de ultra-sons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de seções de fisioterapia, 23 milhões de ações de vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de seções de radioquimioterapia, 9,7 milhões de seções de hemodiálise e o controle mais avançado da aids no terceiro mundo. São números impressionantes para a população atual, em marcante contraste com aproximadamente metade da população excluída antes dos

anos oitenta, a não ser pequena fração atendida eventualmente pela caridade das Santas Casas.

Antes da criação do SUS, segundo Rodrigues (2008), o Estado brasileiro agia de forma omissa em relação à população, uma vez considerava que apenas o indivíduo deveria intervir em sua saúde. Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal e com ela os direitos sociais, dispostos no artigo 6º. Assim, a saúde passou a ser um direito social garantido pelo Estado.

O Sistema Único de Saúde é composto por um complexo sistema, onde fazem parte centros de saúde, ambulatorios, laboratórios, hospitais, bem como órgãos da União, Estados e Municípios, sendo gerido pelo Ministério da Saúde. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2003). Dessa forma, o SUS pode ser definido como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. Sendo assim, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subseqüentes (PAIM, 2009).

Segundo Sarreta (2009), a análise de políticas públicas de saúde baseia-se em um ponto de vista em que considera a importância de compreender a concepção de saúde estabelecida pela sociedade brasileira, a qual é marcada pelo modelo curativo, que se centra na assistência médica e nas especialidades, tendo o hospital como referência. Pode-se observar, por meio das experiências relatadas, que as transformações geradas pela junção dos conhecimentos humano, científico e tecnológico, saberes populares, experiências práticas exitosas, construídos acerca da importância dos cuidados primários, da prevenção e da promoção da saúde, não foram aceitáveis para que se rompesse esse modelo biologicista e de mercado.

Dessa forma, ainda de acordo com Sarreta, percebe-se que a compreensão das políticas sociais e de saúde brasileiras da contemporaneidade relacionam-se diretamente com o formato que vem adquirindo desde seus primórdios. Por essa perspectiva, os estudos de Behring & Boschetti (2006) tratam do caráter histórico-estrutural das políticas sociais, buscando desvendar suas características e

determinações e analisar a própria concepção de saúde que se tem hoje. Segundo as autoras, a política social é uma conquista civilizatória. Apesar de não ser a via de solução da desigualdade, que é intrínseca a esse mundo baseado na exploração do capital, escassez e miséria, exige que haja uma luta em seu favor, para assim diminuir as desigualdades e possibilitar uma maior inclusão social.

Nas palavras de Sarreta (2009, p.154):

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, a questão do trabalho e da formação tem sido realçada como fundamental, e é a que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no País. Os ideais de cidadania e dignidade da pessoa humana como direitos fundamentais foram inscritos no texto constitucional, elevando à condição de relevância pública as ações e os serviços de saúde, na medida em que ordena a saúde um direito fundamental do cidadão. A análise do SUS, de sua criação ao processo de implementação, demonstra que, desde os primeiros movimentos pela Reforma Sanitária brasileira até a atual fase de implementação do Sistema, várias foram as iniciativas de regulamentar uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, o que sempre foi determinado pelos momentos institucionais do País.

Nesse contexto, as Conferências Nacionais de Saúde têm como objetivo avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis federal, estadual e municipal. Assim sendo, as deliberações que ocorrerem nas Conferências servem como orientação para nortear os governos nas elaborações dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias. Por meio das Conferências, e do espaço por elas proposto, a sociedade se articula para assegurar os interesses e as necessidades da população na área da Saúde e garantir as diversas formas de pensar o SUS, assim como para ampliar, junto à sociedade, a disseminação de informações sobre o Sistema. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

De acordo com Sarreta (2009), a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, além de ser um marco histórico para a confirmação do SUS, apresentou um conjunto de formulações para a área de trabalhadores da saúde, em que foram discutidas e sistematizadas as principais propostas para a elaboração de uma política, essenciais para a Reforma Sanitária brasileira. A 8ª CNS apresentou “[...] um retrato das transformações e crises acumuladas ao longo das diversificadas e desarticuladas políticas de saúde e educação. Mais ainda, configurava a crise econômica e social que se apoiava no setor Saúde como importante gerador de empregos” (BRASIL 1993, p.8).

A construção de uma política assinalada pelo processo de descentralização da assistência e, conseqüentemente, dos recursos humanos que integram os serviços, foi estabelecida na 8ª CNS, a qual formatou as diretrizes e propostas que foram aprofundadas na 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), que aconteceu também em 1986, com o tema a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”. Essa Conferência contou com cerca de quinhentos participantes, entre profissionais da área de saúde, educação, trabalho e administração e usuários do setor, e deu continuidade na construção de um pensamento na perspectiva do trabalhador da saúde e questões referentes ao processo de trabalho (SARRETA, 2009).

Dessa forma, o Sistema Único de Saúde é uma das maiores políticas públicas brasileiras de inclusão social (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE, 2017). Por meio dele se mudou o conceito de assistência à saúde, tornando seu acesso, pelo menos de acordo com a lei, universal e gratuito para todos os brasileiros. Com isso, estão inseridos os indigentes e as famílias que atuam no mercado informal, que antes não possuíam acesso aos serviços públicos de Previdência Social. De acordo com Medici (2014), graças ao SUS ocorreu uma mudança na forma em que se organiza o sistema de saúde, aumentando a atenção primária e iniciando um processo que regule o acesso aos serviços de alta complexidade. Apesar da construção e implementação do SUS não ter sido um processo fácil e continuar apresentando falhas, foi por meio dele que houve uma melhoria nos indicadores básicos de saúde da população brasileira.

O texto constitucional pressupõe a possibilidade de se realizarem serviços e ações que busquem promoção, recuperação e proteção da saúde. A declaração contida no Art. 196, que afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado, está diretamente vinculada ao direito à vida, que é considerada pela jurisprudência do Supremo Tribunal Federal como indisponíveis os direitos aqui assegurados, dessa forma:

O direito à saúde é prerrogativa constitucional indisponível, garantido mediante a implementação de políticas públicas, impondo ao Estado a obrigação de criar condições objetivas que possibilitem o efetivo acesso a tal serviço. (GRACIE, 2011)

Como direito de todos e dever do Estado brasileiro, é necessário que as políticas de saúde no Brasil, por dever constitucional, possuam prioridade, uma vez que é um tema relacionado a defesa da vida, promoção da dignidade humana e realmente seja garantida através de políticas públicas, tanto preventivas como corretivas.

Sendo assim, a implementação do ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de Insulina consiste em uma ação preventiva e corretiva, uma vez que busca prevenir as complicações da doença, evitando assim maiores ônus, e corretiva no sentido de modificar a realidade dos portadores de diabetes que utilizam do sistema público de saúde, oferecendo um tratamento mais avançado para o controle da doença.

2.2 Implementação de políticas públicas de saúde

Após a promulgação da Constituição de 1988, no período pós-Constituição, as políticas públicas estão sendo criadas em um contexto de reforma setorial mais abrangente, em que atuam mudanças institucionais de grande magnitude, ao mesmo tempo em que adentra novos espaços de diálogo perdurável entre Estado e sociedade na gestão pública. Posteriormente, com as transformações alocadas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde em 1990, as deliberações em relação a saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, gerando relevantes mudanças no desenho e na formulação das políticas de saúde, gerando inovações institucionais relacionadas a estrutura e dinâmica do processo decisório (LUCCHESI, 2004).

Apesar de ainda ser um campo rudimentar no Brasil, a implementação de políticas públicas merece uma ampla discussão, principalmente acerca da discricionariedade dos atores responsáveis por ela, centrando-se em seu exercício e na produção de rotinas organizacionais informais que efetivamente constituem a política na base (LIPSKY, 1980).

Ao analisar a literatura sobre implementação, percebe-se a relevância dos burocratas de nível de rua como implementadores de políticas públicas. (LOTTA,

2012). Segundo Lipsky (1980), o burocrata a nível de rua é aquele que interage diretamente com o cidadão e são esses agentes que determinam o acesso dos indivíduos aos direitos e é através deles que é realizado o acesso da população à administração pública, uma vez que a interação dos burocratas de nível de rua com a população é contínua.

Dessa forma, existem duas razões centrais pelas quais eles dominam a controvérsia política nos serviços públicos. A primeira razão baseia-se em que todo o debate acerca do foco e escopo dos serviços públicos trata diretamente sobre a discussão sobre a função exercida por esses trabalhadores. A segunda razão é que os agentes de rua possuem um grande impacto na vida dos cidadãos, na medida em que vivenciam as comunidades onde atuam, recebem e transmitem as expectativas dos usuários sobre os serviços públicos, determinam a elegibilidade dos cidadãos para acessarem os benefícios ou receberem sanções, dominam a forma de tratamento dos cidadãos e intercedem aspectos da relação institucional dos cidadãos com o Estado. Constituem-se, assim, no espaço da ação pública, uma vez que são os responsáveis por mediar as relações habituais entre o Estado e os cidadãos. (LOTTA, 2012)

Nesse contexto, Viana (1996) considera que as fases de formulação e implementação compõem os dois momentos mais significativos na formulação de políticas. O autor afirma que o sucesso de uma política é determinado pelo grau de interação entre formuladores, implementadores e beneficiários das políticas.

No caso do estudo em questão, a implementação do ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de Insulina no Hospital Regional de Taguatinga tem um histórico marcado pela judicialização, fenômeno que será melhor discutido na subseção seguinte.

2.2.1 Judicialização da saúde pública

A judicialização da saúde no Brasil é o fenômeno pelo qual os indivíduos buscam garantia de acesso às ações e aos serviços públicos de saúde por meio de ações judiciais. Em razão das contradições das políticas públicas de saúde, ela acaba

se tornando necessária (PIMENTA,2016). Isso ocorre com o SUS, pois se trata de uma política universal com princípios e diretrizes que deveriam ser aplicados uniformemente a todo território nacional, porém, não ocorre dessa forma. Sendo assim, os usuários buscam alternativas para garantir seus direitos, sendo uma delas a judicialização (PIMENTA, 2016).

No caso das políticas públicas de saúde, tem-se percebido um aumento de sua implementação por meio de ações judicializadas. Porém, é preciso ter cuidado com o excesso, pois se não tratada de forma adequada, a judicialização da saúde pública pode gerar prejuízos ao Estado e aos cidadãos, uma vez que desestrutura o orçamento público e pode levar a um colapso do sistema público, afetando os cidadãos até nos atendimentos mais básicos (PIMENTA, 2016).

Ocorre que todas as ações, inclusive as da área de saúde, necessitam de recursos para se efetivar. Dessa forma, as necessidades são infinitas e os recursos são escassos. O Executivo, muitas vezes, argumenta que não pode implementar políticas públicas em razão da falta de recursos e o Judiciário é instado a agir (COSTA, 2012).

De acordo com Costa (2012), esse embate entre os poderes, o qual o judiciário assume o papel de executivo para a realização de políticas públicas, muitas vezes sem profunda análise das consequências de suas decisões, gera uma tensão entre poderes, uma vez que a decisão acerca de um tratamento pode acabar beneficiando a coletividade, porém, não da forma esperada. Sendo assim, a judicialização é “um fenômeno que surge da omissão do Legislativo e do Executivo na implementação das políticas públicas de proteção dos direitos fundamentais, o que demonstra o fracasso em disciplinar/gerenciar a demanda por serviços de saúde” (COSTA, 2012, p.7).

O Conselho Nacional de Justiça, que é incumbido do controle da atuação financeira e administrativa do Poder Judiciário e do cumprimento dos deveres funcionais dos magistrados, editou a Recomendação nº 31/10, que apresenta medidas que buscam subsidiar os magistrados e demais profissionais da área jurídica, assegurando, assim, eficiência na solução de pleitos judiciais que envolvem a assistência à saúde. Cerca de 240.980 processos referentes a demandas judiciais

de saúde tramitam na justiça brasileira (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014). A Recomendação nº 31/10 buscando medidas práticas que os magistrados podem adotar para solucionar as questões das demandas judiciais, dispõe:

instruir as ações, tanto quanto possível, com relatórios médicos, com descrição da doença, inclusive CID, contendo prescrição de medicamentos, denominação genérica ou princípio ativo, bem como a indicação de produtos, órteses, próteses e insumos em geral, e posologia exata; evitar a autorização do fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei; e ouvir os gestores antes da apreciação de medidas de urgência (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014).

Porém, tais medidas não se mostram suficientes, pois exigem antes, uma intervenção mútua dos Poderes do Estado e uma análise crítica da atual estrutura da saúde, para que assim um novo quadro seja traçado e outras práticas sejam implantadas. O Poder Judiciário é fundamental para que a cidadania seja exercida de forma efetiva, porém, “as decisões judiciais têm significado um forte ponto de tensão entre os elaboradores e os executores das políticas públicas” (REIS, 2012, p.1).

Ainda de acordo com Reis (2012), o Estado deve sempre guiar suas ações por meio do princípio da eficiência, principalmente os serviços de saúde pública, optando por medidas que se mostrem aptas para o resultado da qualidade do atendimento, de acordo com o preceito constitucional da cobertura universal, para suprir as necessidades e os anseios dos administrados.

O aspecto positivo da judicialização se dá pela promoção de grandes avanços na concretização dos direitos fundamentais no Brasil, já que o acesso à saúde se faz, muitas vezes, por meio do acesso à Justiça. As políticas públicas de saúde devem seguir diretrizes para buscar reduzir as desigualdades econômicas e sociais (COSTA, 2012).

Ainda de acordo com Costa, em suas palavras:

No caso específico da saúde, resta o desafio de compatibilizar o sistema de saúde ideal que consta em nossa Carta Constitucional, com as questões econômicas do Estado, nos limites do melhor resultado ao menor custo possível, conciliando-se as demandas individuais e coletivas por saúde (COSTA, 2012, p.11).

O assunto em questão apresenta uma estrutura tênue e merece atenção, pois implica nas escolhas e decisões do governo em todas as esferas de poder e

essas implicam nas alocações conscientes de recursos, sempre em detrimento de alguma outra necessidade que defronta com o constitucional direito à vida e do interesse da coletividade (COSTA, 2012).

3 MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

Segundo Minayo (2010, p. 17), “a pesquisa é a atividade básica da ciência na sua indagação e construção de realidade. Ela alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo”. Para isso, precisa empregar metodologias próprias para coleta e análise de dados com base nos objetivos propostos na pesquisa.

3.1 Tipo e descrição da pesquisa

Segundo Vianna (2001), a pesquisa pode ser classificada em três grandes grupos: pesquisa descritiva, pesquisa exploratória e pesquisa explicativa.

A pesquisa realizada nesse trabalho pode ser classificada como pesquisa descritiva, uma vez que, por meio dela é possível realizar o estudo, a análise e a interpretação dos fatos de um mundo físico sem que haja a interferência do pesquisador. Trata-se de uma realidade estudada. (Barros e Lehfeld, 2007)

Para análise e compreensão do programa foi feita uma pesquisa documental por meio dos materiais disponibilizados na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal; pesquisa bibliográfica embasada em artigos científicos sobre políticas públicas, legislação relacionada ao tema e com material que se encontra disponível na internet; e pesquisa de campo com a realização de entrevistas com os implementadores e os executores do ambulatório onde atua o programa estudado.

A abordagem qualitativa foi a escolhida para essa pesquisa. Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa apresenta uma relação dinâmica entre o mundo real e o indivíduo, ou seja, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade dos indivíduos, algo que não pode ser traduzido em números.

Os processos básicos de análise da pesquisa qualitativa são interpretar os fenômenos e atribuir seus significados, para isso, não é necessário utilizar de métodos e técnicas de análise estatística. O ambiente a ser estudado é um espaço natural, de

forma direta para a coleta de dados e o pesquisador é um instrumento-chave. O processo e seu significado são os focos dessa abordagem.

3.2 Caracterização do órgão estudado

As principais características da organização, na qual se realizou a coleta de dados, estão descritas nessa seção. Trata-se do Ambulatório de Sistema de Infusão Contínuo de Insulina, que se encontra localizado no Hospital Regional de Taguatinga, onde atua o Programa de Educação em Diabetes, instituído pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Distrito Federal.

A SES possui como fundamental objetivo consolidar o Sistema Único de Saúde, atentando-se aos princípios de universalidade, equidade e integralidade, criando assim um sistema descentralizado, regionalizado, hierarquizado, que seja passível de resolução, haja participação dos cidadãos, e quando necessário, haja ajuda complementar do setor privado dentro das prioridades e linhas de ação do SUS/DF (GUERRA, 1990).

Dessa forma, o Programa de Educação e Controle de Diabetes, que desde 2010 é denominado por Coordenação Central de Diabetes da SES/DF se destacou com a posição de modelo para o país. São adotadas políticas e cuidados que vão além da rede básica, especializando-se em média e alta complexidade. Os objetivos do programa são: diminuir o número de internações por diabetes e suas complicações, reduzindo assim o impacto socioeconômico da doença; incentivar que as equipes de saúde que atuam em diabetes promovam o controle clínico do paciente por meio de projetos de educação e qualificação profissional, com definição e divulgação de diretrizes e protocolos de atendimento e promover o diagnóstico (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2014,).

O Ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de Insulina instituído no HRT pela SES, foi pioneiro, uma vez que proporcionou aos portadores de diabetes acesso à um tratamento avançado de forma gratuita. O grande destaque que esse ambulatório ganhou foi o fato do Sistema Único de Saúde poder oferecer algo que anteriormente e em todo o mundo só é oferecido pela rede privada. O Ambulatório do

SICI foi criado em 2008, segundo o Diário Oficial do Distrito Federal, porém, foi em 2014 que o DODF publicou o Protocolo de Insulino Terapia na SES/DF, que regulamentou a distribuição dos insumos, das insulinas análogas e do sistema de infusão contínuo de insulina. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, 2014)

Os processos básicos de análise da pesquisa qualitativa são interpretar os fenômenos e atribuir seus significados, para isso, não é necessário utilizar de métodos e técnicas de análise estatística. O ambiente a ser estudado é um espaço natural, de forma direta, para coleta de dados e o pesquisador é um instrumento chave. O processo e seu significado são os focos dessa abordagem.

3.3 População e amostra ou Participantes da pesquisa

O estudo foi realizado com os médicos e com a enfermeira que atendem no Ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de Insulina, que fica localizado no Hospital Regional de Taguatinga. Esses profissionais cuidam da execução e auxiliaram na implementação do programa. Este estudo tem como sujeitos os responsáveis pela execução, atendimento e controle no ambulatório, com intuito de responder o problema central e os objetivos.

A escolha dos participantes foi realizada de forma intencional, como essa pesquisa busca avaliar como tem ocorrido a implementação do Ambulatório de SICI, buscou-se pessoalmente pessoas que atuaram na implementação e que atuam na execução do programa, o que permite, consequentemente, uma análise mais crítica do assunto estudado.

Para isso, foram entrevistados dois implementadores, que também executam o programa, e três executores. Ao todo, cinco entrevistados. Os perfis dos entrevistados estão detalhados a seguir:

- Entrevistado 1: Médico Endocrinologista da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Atua no Ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de

Insulina e foi um dos implementadores do ambulatório no HRT, após realizar pesquisa de mestrado sobre a eficiência do tratamento.

- Entrevistado 2: Médica Endocrinologista Pediatra da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Atua no Ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de Insulina e auxiliou o médico responsável pela execução da política, na pesquisa, para que ocorresse a implementação do ambulatório.
- Entrevistado 3: Enfermeira especializada em tratamento de pacientes críticos e educadora em Sistema de Infusão Contínuo de Insulina da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Atua no Ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de Insulina como educadora e auxilia os dois médicos a olhar a evolução do paciente com o tratamento.
- Entrevistado 4: Médica Endocrinologista da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal. Atua na Coordenação Central de Diabetes prestando atendimento e acompanhamento aos portadores de Diabetes usuários de diversos tratamentos, inclusive os usuários do SICI.
- Entrevistado 5: Médica Endocrinologista concursada pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal com ênfase em diabetes. Atua como coordenadora na Coordenação Central de Diabetes.

3.4 Caracterização e descrição dos instrumentos de pesquisa

Neste estudo, foram utilizados dois instrumentos de pesquisa: o primeiro ocorreu por meio de pesquisa documental e o segundo por meio de entrevistas individuais semiestruturadas.

Com o objetivo de complementar a informação obtida por outros métodos, a pesquisa documental traz informações úteis e relevantes ao estudo. Para que essa análise fosse possível foram utilizados os documentos disponíveis no site da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, o relatório que contém os dados de 26 anos da história do Programa de Educação e Controle do Diabetes, atual Coordenação Central de Diabetes e as publicações no Diário Oficial do Distrito Federal.

O outro instrumento utilizado foi a entrevista, onde, segundo Minayo (2010, p. 64) “por meio da entrevista tem-se o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e a abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a esse objetivo”.

Para a entrevista foi escolhida a técnica semiestruturada, em que, conforme Gil (1993), essa estratégia é composta por uma relação de questões de interesse, como um roteiro, no qual o pesquisador vai explorando conforme o seu desenvolvimento. Segundo Triviños (1992), a entrevista semiestruturada começa com questionamentos basilares, que são apoiados por teorias que são interessantes à pesquisa, e que, em seguida, vão surgindo novos questionamentos conforme se recebe as respostas dos entrevistados. Esse tipo de entrevista é capaz de combinar respostas abertas e fechadas, de forma que o participante pode conversar sobre o tema sem se prender à pergunta estabelecida.

As entrevistas foram embasadas em um roteiro semiestruturado composto por sete perguntas (Apêndice A). As perguntas buscam identificar as principais características e o processo de criação do ambulatório de SICI, averiguar as vantagens de sua implementação, sua eficiência e seu diferencial, e analisar as metas, os critérios de manutenção e de que forma ocorre o ingresso ao programa.

3.5 Procedimentos de coleta e de análise de dados

As entrevistas, baseadas no roteiro anexado no Apêndice A, foram realizadas no mês de maio, por meio de encontros com a equipe e também conversas pelo e-mail. Foi necessário apenas um dia para realizar a pesquisa presencial, o restante das dúvidas que foram surgindo foram sanadas por meio de correio eletrônico. Os encontros presenciais foram realizados no Ambulatório de SICI.

Os encontros foram agendados diretamente no local, momento em que foi esclarecido o objetivo da pesquisa. Foi solicitada autorização para que as conversas fossem transcritas, facilitando assim a análise posterior dos dados. Em todos os casos a autorização foi concedida. A entrevista com os participantes durou cerca de 1 hora

e 30 minutos no total. Foi realizada também observação dos procedimentos do Ambulatório por método observador-paciente.

Para que os dados fossem analisados, primeiramente foi necessária a transcrição integral das entrevistas. Após, os dados das transcrições foram sistematizados, de acordo com a frequência das respostas. Posteriormente, utilizou-se da análise de conteúdo, que identifica os assuntos que apareceram e o que foi dito dos temas iniciais (VERGARA, 2000), os organizando em conjuntos. De acordo com Bardin (1995), as fases da análise de conteúdo organizam-se em três polos: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação. Em suas palavras, o conceito de análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). (BARDIN, 1995, p. 42)

De acordo com Roesch (1996), a técnica de análise de conteúdo busca seguir padrões quantitativos, tendo como propósito contar a frequência de um acontecimento e identificar afinidades entre esses fenômenos, sendo que a interpretação dos dados ocorre por modelos conceituados anteriormente. Já Minayo (2010) ressalta que a análise de conteúdo busca verificar hipóteses ou descobrir o que está escondido em cada conteúdo manifesto.

Segundo Minayo (2010), as obras que tratam da análise de conteúdo costumam apresentar as seguintes etapas: pré-análise, exploração de material e tratamento dos resultados. Nesse trabalho, a pré-análise ocorreu no momento onde foi feita a organização do material coletado, a formulação do problema e dos objetivos e a elaboração de indicadores para a interpretação dos resultados. Na exploração de material buscou-se analisar o conteúdo das entrevistas, buscando assim sínteses coincidentes e divergentes de ideias. Para finalizar, no tratamento dos resultados foi realizada a análise final, através da categorização de temas, os relacionando com os objetivos da pesquisa. Nessa pesquisa, as categorias foram definidas de forma posterior a realização das entrevistas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas próximas subdivisões serão expostos e debatidos os resultados obtidos por meio da análise de conteúdo, em conjunto com o referencial teórico abordado. Os participantes da pesquisa serão identificados como “Entrevistado” seguido por um número, conforme exposto na seção 3.3.

Após a pesquisa, foi possível agrupar os dados em quatro categorias: caracterização do Ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de Insulina, implementação do programa, relação do programa com as políticas públicas de saúde e sua execução.

4.1 Caracterização do Ambulatório de SICI

A Coordenação Central de Diabetes (CCD) possui três principais programas: o Programa de Educação e Prevenção, o Programa de Neuropatia, Pé Diabético e outras complicações e o Programa de Monitorização e Terapêutica. O Ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de Insulina integra a CCD por meio do Programa de monitorização e terapêutica, onde suas principais ações são, segundo a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (2014, p. 3):

a) padronização de medicamentos e itens para o diabetes e novas tecnologias, b) elaboração e monitorização dos protocolos de distribuição de medicamentos e itens para diabetes, c) interface com a Coordenação de Endocrinologia e Metabologia para divulgação protocolos de condutas e regulação de consultas especializadas.

Todos os entrevistados concordam que a principal característica do Ambulatório é evitar complicações futuras do diabetes, porém, a implementação dele pelo governo se deu para que houvesse uma melhor gestão de seus recursos, evitando assim que um tratamento de complexo e oneroso não fosse empregado sem que existisse uma real necessidade.

O SICI foi implementado para que apenas os pacientes que realmente precisassem do tratamento tivessem acesso a ele, assim, aqueles que não tinham real necessidade, não utilizariam do tratamento. (Entrevistado 1, 2017)

Ao implementar o SICI, o governo esperava que os processos judiciais junto à Secretaria de Saúde no quesito receber bomba de insulina fossem encaminhados ao HRT para ver se o paciente se encaixava ou não no protocolo (Entrevistado 4, 2017)

Por meio das entrevistas foi possível perceber que o programa não atende apenas de forma básica, mas faz um acompanhamento que visa melhorar a vida do portador da doença, auxiliando em todos os pontos. É possível perceber, pelo que foi dito pelos entrevistados, que muitas vezes faltam recursos até para o atendimento mais básico, porém, eles estão sempre se esforçando para oferecer o melhor atendimento.

Conforme foi dito pelos entrevistados, o SICI simula a ação do pâncreas no corpo paciente, oferecendo assim uma maior autonomia ao portador de diabetes. A inovação desse ambulatório foi o fato de uma rede pública oferecer um tratamento oneroso e complexo de forma gratuita.

O SICI simula a fisiologia normal com a liberação contínua de insulina basal e bolus durante as refeições ou para correção de hiperglicemias, o que proporciona grande flexibilidade ao estilo de vida, o que influi na melhora da qualidade de vida. (Entrevistado 1, 2017)

São contraindicações ao uso do SICI pessoas que possuam baixa capacidade de entendimento ou não possuam suporte familiar para realizar as alterações necessárias do basal/bolus e troca dos conjuntos de infusão, reservatório de insulinas e baterias, pessoas que não queiram medir a glicemia pelo menos três vezes ao dia, a fim de controlar a adequação do paciente ao tratamento e pessoas que possuam problemas psiquiátricos ou distúrbios alimentares.

Conforme consta no protocolo de insulino terapia da SES/DF, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, juntamente com a Comissão Técnica, criará protocolos de acesso aos tratamentos e a SES/DF não precisará substituir os aparelhos cada vez que surgirem novas tecnologias, a menos que parem de fabricar o modelo utilizado pelo paciente. Para adquirir os insumos necessários à manutenção, a SES/DF promove procedimentos licitatórios baseados na Lei nº 8.666/1993, que é a lei de licitações e contratos da administração pública.

O Entrevistado 2 concorda com essa informação e explica:

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal fornecerá o SICI e insumos adquiridos por meio de procedimentos licitatórios regulares e apesar dos avanços tecnológicos não terá obrigatoriedade de aquisição de itens mais modernos, exceto quando houver descontinuidade de fabricação dos mesmos por parte da empresa responsável. (Entrevistado 2, 2017)

O critério de continuidade, segundo o Protocolo de Insulinoterapia da SES, se dará segundo a avaliação clínica de seguimento, com base em documentos científicos quanto ao manuseio do SICI e obtenção das metas de controle. A manutenção do tratamento ocorre por meio de consulta a cada 15, 30 ou 45 dias, dependendo da necessidade do paciente, fazendo assim os ajustes necessários no basal/bolus. Se estão presentes dois médicos, são realizados até 15 atendimentos, caso apenas um possa estar presente, são realizados 8 atendimentos. Os atendimentos ocorrem quarta-feira na parte da tarde e o paciente deverá levar seu perfil glicêmico, com pelo menos 4 testes ao dia, um exame de hemoglobina glicada e seu diário alimentar. Dois médicos e a enfermeira realizam o atendimento e fazem a renovação das receitas para que o paciente consiga pegar os medicamentos em uma das farmácias do SUS, conforme com o que foi dito pelos Entrevistados 1, 2 e 3.

A caracterização do Ambulatório do Sistema de Infusão contínuo de Insulina busca apresentar seus programas, seu funcionamento, como se dá seu acesso e manutenção do sistema. Além disso, dispõe acerca da compra de insumos, explicando que, em face da onerosidade do tratamento, é necessário que ocorram processos de licitação para a obtenção do sistema por completo.

4.2 Implementação do Ambulatório

O SICI possui uma peculiaridade, que é o fato dos implementadores terem feito parte também da formulação do programa. No caso, dois dos entrevistados fizeram parte da formulação e implementação do programa, os outros três fizeram parte apenas de sua execução. De acordo com Silva e Melo (2000), o implementador toma decisões elementares de uma política setorial, de forma que a aceitação normativa do implementador de decisões é variável determinante de seu

êxito. Segundo o autor, a implementação de políticas orienta a criação de novas políticas, ela própria se constitui em fonte de informações para a formulação de políticas.

Em 2008, a Coordenação de Diabetes da SES-DF, após cumprir inúmeros mandados judiciais de instalação do SICI, verificou que a maioria dos casos não preenchia os critérios clínicos para sua utilização. Desde então, os profissionais continuaram com as pesquisas para instituição do protocolo de atendimento do SICI.

Conforme publicado na página 46, da seção 2, do Diário Oficial do Distrito Federal no dia 13 de agosto de 2009, a ordem de serviço nº 24/2009 dispõe que:

[...] considerando a necessidade de constituir Comissão Técnica do SICI – Sistema de Infusão Contínua de Insulina do SED/PECD/HRT, que irá avaliar as solicitações para aquisição de SICI na SES/DF, por medidas judiciais, ou não, e indicará a utilização, ou não, do sistema de acordo com o Protocolo da SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes e da ADA – Associação Americana de Diabetes, e que a inclusão dos pacientes se dará mediante a disponibilidade deste material dentro da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Em 2009, o DODF publicou instituindo comissão técnica para compor o Ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de Insulina, montar um protocolo de acesso baseado nos parâmetros nacionais e internacionais referentes a esse tratamento em diabetes (SANTANA, 2009). Em 2012, a Unidade de Endocrinologia/HRT realizou 379 atendimentos pelo SICI (BRASÍLIA, 2013). Devido à grande demanda e ao sucesso do procedimento, a coordenação de Endocrinologia da SES/DF preparou o próprio Protocolo clínico de atendimento, e a partir de 2014 ocorreu a publicação no DODF do Protocolo de Insulinoterapia que regulamenta a distribuição dos insumos, das insulinas análogas e do Sistema de Infusão Contínua de Insulina.

De acordo com o Entrevistado 1, a terapia com o SICI alcançou redução significativa dos episódios de hipoglicemia e melhora do controle glicêmico em curto prazo de acompanhamento e de sua implementação no Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda segundo o Entrevistado 1, após realizar uma pesquisa que envolveu oitenta diabéticos, pode-se perceber que a terapia com o SICI é segura e eficaz em pacientes com diabetes e, quando bem selecionados, podem se beneficiar substancialmente do uso, razão pela qual o acesso a este não deve ser negado.

Para o Entrevistado 5:

O controle glicêmico é algo muito importante para um portador de diabetes, uma vez que uma glicemia descompensada, ou seja, fora do alvo de controle, durante um longo período de tempo, causa complicações no diabetes. Um paciente com complicações, conforme vão aumentando as complicações, tem um custo maior de até 28% para a saúde pública, em comparação com um portador de diabetes sem nenhuma complicação.

De modo geral, os entrevistados afirmaram que o SICI integra a política pública do SUS tendo como essência colocar em prática o princípio da integralidade. O SUS deve atender o indivíduo buscando suprir todas as suas necessidades, como expressamente pressupõe a Constituição Federal.

A integralidade se apresenta, de forma evidente,

como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade” (PINHEIRO, 2009, p.258)

A implementação pode ser percebida como o conjunto de ações pelas quais se pretende que os objetivos do programa sejam alcançados. Dessa forma, seja qual for o âmbito de abrangência de um programa, sua implementação, normalmente, reflete a vontade de uma autoridade em fazer com que os implementadores atuem de modo a realizar seus objetivos. Daí a importância da participação dos implementadores junto a formulação do programa, uma vez que, muitas vezes a autoridade que o formula é alheio ao contexto que gerou a criação do programa.

Para ter acesso ao SICI o paciente deverá ser encaminhado por meio de médico do Sistema Único de Saúde para consulta e cadastro no Programa de Diabetes, mais especificamente no Ambulatório de SICI, ter participado de adequação de tratamento indicada pelo médico e estar realizando tratamento endocrinológico adequado, porém, continuar apresentando descontrole glicêmico ou muitos episódios de hipoglicemia.

O critério de continuidade, segundo o Protocolo de Insulinoterapia da SES, se dará segundo a avaliação clínica de seguimento, com base em documentos científicos quanto ao manuseio do SICI e obtenção das metas de controle.

Neste momento, conforme foi informado pelo Entrevistado 5, o monitoramento do programa está em fase de reavaliação e ainda não se tem os dados finais. Após o final da reavaliação, os profissionais terão um feedback e poderão definir quais são os desafios futuros a serem alcançados.

As metas do programa são definidas por meio de protocolo clínico, porém, como o monitoramento do programa está em fase de reavaliação e os dados ainda não foram publicados, não é possível dizer quais são suas metas atuais. Após a publicação dos dados a Comissão Permanente de Protocolos da SES/DF, os implementadores e executores do programa decidirão quais serão as novas metas e objetivos do Ambulatório. Em linhas gerais, pode-se afirmar que o programa alcançou seus objetivos iniciais.

Durante as entrevistas, os participantes colocaram algumas dificuldades para a implementação do SICI. Entre as dificuldades do programa, os principais pontos são: contínuo desabastecimento da rede pública de saúde, equipe de trabalho com pequeno número de servidores, sobrecarga de trabalho e a falta de estrutura.

Também apontaram os aspectos positivos, sendo os pontos mais citados: melhoria dos atendimentos dos usuários, garantindo um atendimento mais humanizado, possibilidade de atendimento das necessidades específicas e poder oferecer um tratamento de alta tecnologia por meio da rede pública de saúde.

4.3 Tratamento de qualidade com alta tecnologia

Pode-se perceber que por meio da implementação do programa foi possível sanar uma demanda recorrente na comunidade dos portadores de diabetes, que buscavam nos pleitos judiciais junto a Secretaria de Saúde obter um tratamento que apresentasse melhores resultados, o qual o Sistema Único de Saúde não disponibilizava. Esses melhores resultados podem ser associados ao tratamento de alta tecnologia que o SICI representa.

De acordo com o depoimento de um dos entrevistados:

A participação em grupos de diabéticos oferecidos pelos SES DF tem como objetivos: promoção de educação em DM com orientações para contagem de carboidratos para o alcance de metas do bom controle glicêmico e menor variabilidade glicêmica, entre outras recomendações. Os principais benefícios do tratamento com SICI são os mesmos utilizados para análogos de insulina, considerando que pressupõe o uso deste tipo de insulina exclusivamente, que são: redução das complicações; melhora da qualidade de vida, manutenção de glicemias estáveis com menor variabilidade, consequente redução na frequência de admissão em serviços de emergência para correção das descompensações agudas e menor incidência de complicações crônicas em longo prazo. (Entrevistado 5, 2017)

Por utilizar de uma tecnologia avançada na área de saúde e por envolver recursos altamente onerosos, foi necessário que o protocolo clínico utilizado estivesse em consonância com as diretrizes nacionais e internacionais para uma identificação mais precisa do usuário com maior potencial de benefício terapêutico, sem causar comprometimento dos recursos financeiros que seriam destinados a outros programas, conforme lembra o Entrevistado 5. Para isso, foram designados técnicos que foram centralizados em uma unidade, e assim definiram os critérios clínicos e sistema de monitoramento dos casos de origem direta e dos casos por meio de judicialização.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, se referindo ao SICI na rede pública, “o uso de opções terapêuticas de custo mais alto para o controle do diabetes só se justifica quando os resultados terapêuticos efetivamente obtidos justifiquem o custo adicional dos novos tratamentos ” (MINICUCCI, 2011).

Atualmente, caso um portador de diabetes dê entrada em processo judicial junto à SES/DF para solicitar o tratamento com o Sistema de Infusão Contínuo de Insulina, ele é encaminhado para o Ambulatório de SICI no HRT e dessa forma os procedimentos do protocolo clínico são realizados para que se determine se ele é ou não um candidato ao tratamento, caso positivo, ele ganha o tratamento do SUS, juntamente com seus insumos e deve se comprometer em seguir as orientações e comparecer as consultas. Caso negativo, ele será encaminhado para outros tipos de tratamento para diabetes, dentro a Coordenação Central de Diabetes.

Segundo um dos entrevistados, os implementadores e os executores viram no programa a chance de oferecer uma maior qualidade de vida, um melhor tratamento e uma maior autonomia aos portadores de diabetes.

“O uso de um recurso avançado como o SICI é um grande ganho para o paciente, já que reflete diretamente em sua qualidade de vida. Esse tratamento mostra grandes benefícios comparados à terapia tradicional com múltiplas doses de insulina.” (Entrevistado 2)

“O protocolo instituído no SUS/DF visa superar essa dificuldade ora enfrentada no Brasil, cuja obtenção ainda se dá quase na totalidade com medidas judiciais, beneficiando a população com otimização dos recursos destinados para esta finalidade.” (Entrevistado 1)

Para um dos entrevistados, que também possui diabetes e faz uso do SICI, ver o atendimento da Coordenação Central de Diabetes e ver o SICI em conjunto, uma vez que o ambulatório faz parte da Coordenação, reflete o que é a integralidade do programa.

O paciente recebe o diagnóstico e é encaminhado para o HRT e então é acolhido pela equipe multidisciplinar. Os médicos decidem qual tratamento será mais efetivo e educamos a família para que eles continuem com os procedimentos em casa. Eu passei pela experiência e vivo isso no dia a dia. Para as famílias, muitas vezes, é reconfortante ser atendido por um profissional que conhece e sentiu as dúvidas e dificuldades na pele (Entrevistado 3)

O SICI devolve a autonomia ao portador de diabetes, pois ele programa o aparelho, de forma que sua programação imita a fisiologia do pâncreas, dando assim, mais liberdade e mais independência. O uso da tecnologia com o uma aliada em combate às doenças apresenta bons resultados, pois, permite que o portador da doença possa se aproximar cada vez mais a uma realidade onde esse problema se torna algo secundário, o permitindo viver uma vida com mais independência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apresentado buscou analisar o processo de implementação e atuação do Ambulatório do Sistema de Infusão Contínuo de Insulina – SICI, que exerce suas atividades no Hospital Regional de Taguatinga – HRT, por meio de médicos e enfermeiros capacitados para esse fim. A partir da visão de seus executores e implementadores, os objetivos por eles definidos estão sendo alcançados, porém, existem alguns aprimoramentos a serem realizados. Os critérios que pautaram a realização do SICI e os principais atributos do programa foram apresentados através da pesquisa bibliográfica e da percepção dos entrevistados, sendo identificado que o programa faz parte das políticas públicas de saúde do SUS, tendo como princípio a integralidade, uma vez que considera o sujeito como um todo e procura atender a todas as suas necessidades.

A pesquisa foi efetuada com os funcionários da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal que são responsáveis pela implementação e execução do programa estudado. Consequentemente, as percepções apresentadas no estudo refletem a visão desses funcionários diante do espaço institucional e organizacional em que foi implementado o SICI.

Em 2008, a Coordenação Central de Diabetes da SES/DF, após cumprir inúmeros mandados judiciais de instalação do SICI, percebeu que em grande parte dos casos não se preenchia os critérios clínicos necessários para sua utilização. Dessa forma, a coordenação realizou estudo em um grupo de 15 pacientes e constatou que um terço dos pacientes não estava habilitado e as indicações eram inadequadas. Nesse sentido, os profissionais continuaram com as pesquisas para instituição do protocolo de atendimento do SICI.

Por meio da pesquisa foi possível perceber que as principais características do programa são: proporcionar um melhor controle glicêmico oferecendo um tratamento por meio do SICI de forma humanizada, visando gerir de forma eficiente os recursos do governo. Os objetivos do programa são diminuir o número de complicações causadas pelo diabetes e reduzir o *gap* de tratamento entre as diferentes classes sociais, diminuindo, assim, o impacto socioeconômico da doença.

As metas do programa, em relação ao controle da doença, são definidas em protocolo clínico publicado. Em linhas gerais, pode-se perceber que os objetivos iniciais de identificação dos usuários com maior potencial de benefício com a terapêutica oferecida e que se esses usuários são mantidos em tratamento fornecido pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, os objetivos clínicos de controle e menor variabilidade glicêmica são alcançados, além disso, os entrevistados perceberam um aumento na assiduidade de comparecimento nas consultas, uma vez que o protocolo exige uma renovação médica para liberação dos insumos.

O diferencial desse programa consiste em trazer um tratamento de alta tecnologia em saúde, por meio do SUS, para a população que tinha necessidade de uma terapia diferenciada com base em particularidades clínicas, com potencial benefício para a saúde. O programa é inovador, uma vez que seus pacientes serão amparados ao longo do tempo, enquanto persistir a necessidade desse tratamento diferenciado, porém, para isso é preciso que o usuário do SICI tenha boa aceitação e compreenda seu papel de indivíduo ativo do processo terapêutico.

O Ambulatório de SICI integra a política pública do SUS, procurando exercer o princípio de integralidade, ou seja, ao enxergar a pessoa como um todo e buscar atender suas necessidades, os responsáveis pelo tratamento veem as especificidades necessárias e aplicam o protocolo clínico, humanizando o tratamento e atendendo o paciente no mais próximo daquilo que ele necessita.

Apesar do tratamento inovador e dos sucessos alcançados, algumas dificuldades se encontram presentes, como a falta de profissionais e a falta de medicamentos. Dessa forma, os portadores de diabetes acabam tendo que cessar o tratamento com o SICI e ingressar no tratamento disponível, uma vez que não possuem condições de mantê-lo sem a ajuda do governo. A falta de profissionais de saúde é um problema em todo o Brasil, e não deixa de ser diferente no Ambulatório, já que faltam profissionais que possam dar continuidade ao programa ou ajudar a expandi-lo.

Este estudo busca trazer ao meio acadêmico um programa pouco conhecido e estudado pelo viés de políticas públicas de saúde, identificando seus

fracassos e vitórias por meio da avaliação, porém, salientando que futuramente novas pesquisas sobre a avaliação do programa poderão ser desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni. **Justiça pesquisa: Judicialização da saúde no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Conselho Nacional de Justiça, 2015. 140 p.

BARROS, AIDIL JESUS PAES. LEHFELD, NEIDE APARECIDA DE SOUZA. **FUNDAMENTOS DE METODOLOGIA CIENTIFICA**. Brasil: Makron, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. - Título VIII ("Da Ordem Social"), Capítulo II ("Da Seguridade Social"), Seção II ("Da Saúde").

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDO DE SAÚDE. Notícias. Cebes no Brasil. **26 anos de sus: avanços e desafios**. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/07/26-anos-de-sus-avancos-e-desafios-andre-medici/>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

COSTA, Edson Silva Da. **A judicialização da saúde como realização do direito à vida**. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/viewFile/130/129>>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

DIÁRIO OFICIAL DO DISTRITO FEDERAL. **Página 46 da seção 02 do diário oficial do distrito federal (dodf) de 13 de agosto de 2009**. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/6720786/pg-46-secao-02-diario-oficial-do-distrito-federal-dodf-de-13-08-2009>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

FACULDADE DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **O cuidado ao dm no distrito federal: relato de experiência**. Disponível em: <https://fs.unb.br/wp-content/uploads/2016/08/eliziane_brand%c3%83o_leite_cuidado-do-dm-no-df.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999. JORNAL DE BRASÍLIA. **Hrt é o primeiro hospital público do país a implantar sistema contínuo de insulina**. Disponível em: <<http://www.jornaldebrasilia.com.br/cidades/hrt-e-o-primeiro-hospital-publico-do-pais-a-implantar-sistema-continuo-de-insulina/>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

LOTTA, Gabriela. **O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade.** In: FARIA, C. A (org). Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática. Editora PUCMINAS, Belo Horizonte, 2012.

LUCCHESI, Patricia. **Informação para tomadores de decisão em saúde pública:** Políticas públicas em Saúde Pública. 1 ed. São Paulo: Biblioteca Virtual em Saúde, 2004. 90 p. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MIRANDA, Edivan do Socorro Fonseca de (29 de maio de 2011). **Você sabe Qual a Diferença entre Whitinput (Demanda ou Apoio) e um Input?** Site: administradores.com.br - O Portal da Administração. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/home/edivansfm/artigos/>>. Acesso em: 22/05/2017

MIRANDA, LEONARDO. **Avaliação de Diabéticos Após Três Meses de Uso de Sistema de Infusão Contínua de Insulina, Dispensado de Forma Protocolada Pelo Ambulatório de Referência do Hospital Regional de Taguatinga.** 2013. 70 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília. 2013.

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa – Características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração.** São Paulo, v.1, n. 3, 2º sem./1996. PARADA, E. L. **Política y políticas públicas.** In: SARAIVA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs). *Políticas Públicas:* coletânea. Brasília: ENAP, 2006.

PIRES, Antonio Carlos; CHACRA, Antonio Roberto. **A evolução da insulinoterapia no diabetes melito tipo 1.** Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v.52, n.2, p.268-268, nov. 2008.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em 05 de junho de 2017.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Bibliografia. In: **ABC DO SUS: Doutrinas e Princípios**. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2017.

RUA, M. G. **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos**. In: RUA, M. G. *O Estudo da Política: Tópicos selecionados*. Brasília: paralelo 15, 1998.

REIS, Wanderlei José Dos. Revista Online. **TERCEIRIZAÇÃO: SOLUÇÃO À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA?** Disponível em: <<http://www.ibrajus.org.br/revista/artigo.asp?idArtigo=247>> Acesso em 15 de junho de 2017.

SANTOS, Nelson Rodrigues Dos. Política pública de saúde no brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de janeiro, v. 13, n. 2, p. 2009-2018, Dec. 2008.

SARAVIA, E. **Introdução à Teoria da Política Pública**. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs). *Políticas Públicas: coletânea*. Brasília: ENAP, 2006.

SARAVIA, Enrique. Política pública, política cultural, indústrias culturais e indústrias criativas. In: **Plano da Secretaria da Economia Criativa: políticas, diretrizes e ações**, 2011 – 2014. Brasília, Ministério da Cultura, 2011.

SAÚDE, Conselho Nacional De Secretários De. **Para entender a gestão do sus**: Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003. 1 ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2003. 248 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **26 anos do programa de diabetes**. Disponível em:

<http://www.saude.df.gov.br/images/programas/diabetes/coordenacao_de_diabetes_26_anos_de_historia.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2017. 2017a

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Programas - diabetes.** Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/programas/736-diabetes.html>>. Acesso em: 20 mai. 2017. 2017b

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Protocolo de insulino terapia.** Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/images/protocolos/protocolos%20clinicos/protocolos%20clinicos/insulino terapia.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2017. 2017c

SECRETARIA DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS HÍDRICOS. **O que são políticas públicas?** Disponível em: <http://www.meioambiente.pr.gov.br/arquivos/File/coea/pncpr/O_que_sao_PoliticasPublicas.pdf> .Acesso em: 19/05/2017

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VIANNA, ILCA OLIVEIRA DE ALMEIDA. **METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTIFICO. UM ENFOQUE DIDATICO DA PRODUÇÃO CIENTIFICA.** 01 Brasil: EPU, 2001.

VERGARA, S. C. **Projeto e Relatórios de Pesquisa em Administração.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário aplicado aos entrevistados

Perfil do entrevistado:

Nome do entrevistado:

Cargo:

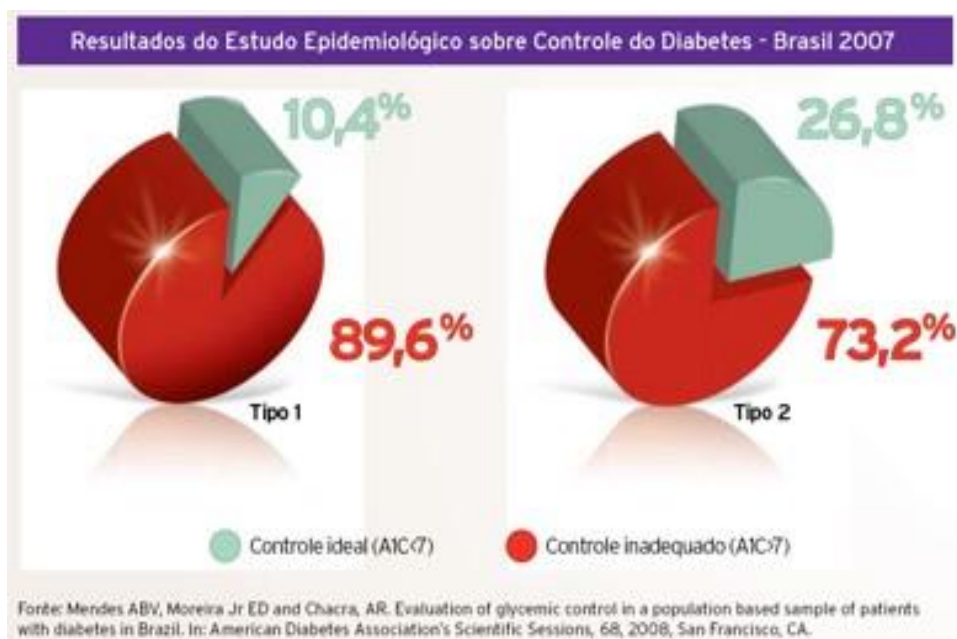
De que forma atua no SICI?

Perguntas:

1. Quais as principais características do SICI? (O que é o SICI?)
2. Com que intuito o programa foi criado?
3. Como foi o processo de criação do PDPAS? Você participou do processo?
Quais foram os problemas que levaram a formulação da política?
4. Qual o contexto da formulação, da implementação e da aplicação da política pública?
5. Quais são as metas e objetivos do programa e quais delas já foram alcançadas até o presente momento? Existe alguma forma de acompanhamento do programa?
6. Qual o diferencial dessa política pública em face aos outros tratamentos do sus?
7. Quais são os pontos positivos e os pontos negativos? Que desafios são esperados para o futuro?

ANEXOS

Anexo A – RESULTADOS DO ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE CONTROLE DO DIABETES



Anexo B – CUSTO DE UM PACIENTE COM DIABETES CONTROLADO E FORA DO CONTROLE ALVO

	DM NÃO COMPLICADO		DM + HAS + DCV	
NÍVEIS DE HbA1C (%)	Custos em US\$	Aumento (%)	Custos em US\$	Aumento (%)
6	8.600	---	38.700	---
7	8.900	5	40.200	4
8	9.500	11	42.500	10
9	10.400	21	45.600	18
10	11.600	36	49.700	28

Diabetes Care (20)12:1847-53, 1997